

A influência dos determinantes sociais no trabalho do assistente social na saúde¹

Tatiane Valéria Cardoso dos Santos*

Letícia Batista Silva**

Thiago de Oliveira Machado***

Resumo

O presente artigo tem por objetivo contribuir com debate crítico acerca dos determinantes sociais do processo saúde/doença hauridos na tradição marxista e que se circunscreve na epidemiologia social latino-americana, notadamente, a partir da década de 1970. Tem-se por ângulo de análise a particularidade da atenção oncológica. Cabe notar, que o atual cenário político-econômico brasileiro revela novas facetas restritivas e destrutivas de direitos infraconstitucionais, atribuindo-lhes a fluidez necessária para reinterpretações e readaptações a partir da lógica do mercado, sob ingerência capitalista. Nessa medida, torna-se indispensável aos assistentes sociais a profunda análise e apreensão das atuais disputas no processo do desenvolvimento capitalista à luz do atual Projeto Ético-Político do Serviço Social brasileiro para o enfrentamento qualificado no cotidiano do trabalho em saúde.

Palavras chave: determinantes sociais da saúde; serviço social; questão social

The influence of social determinants at the work of social workers in health

Abstract

This article aims to contribute to critical debate on the social determinants of health / disease inspired in the Marxist tradition and that is limited in Latin American social epidemiology, notably from the 1970s has been by analyzing angle the particularity of cancer care. It should be noted that the current Brazilian political or economic scenario reveals new restrictive and destructive facets of infra-constitutional rights by giving them the necessary fluidity to reinterpretations and Readjustments from the market logic, under capitalist interference. To that extent, it is essential to social workers deep analysis and apprehension of the current disputes in the process of capitalist development in the light of the current Ethical-Political Project of the Brazilian Social Service for qualified coping in everyday health work.

Keywords: social determinants of health; social servisse; social issue

Recebido em: 03/05/2016

Aprovado em: 07/07/2016

*Doutoranda em Serviço Social/PUC/Rio: tatiane_valeria@yahoo.com.br

** Doutoranda em Serviço Social/UERJ: leticiabatista@gmail.com.

*** Mestre em Serviço Social /UERJ: thiago_oliveiram@hotmail.com

Introdução

O presente texto tem por objetivo contribuir com o debate crítico acerca dos determinantes sociais no processo saúde/doença, sedimentados pela tradição marxista, e sua relação com o trabalho² do assistente social nesse contexto, tomando por particularidade o campo da atenção oncologia.

O câncer (neoplasia maligna) evidencia-se como um problema de saúde pública no país e no mundo, ocupando o segundo lugar em causa morte no Brasil, perdendo apenas para as doenças do sistema circulatório. (BRASIL, 2016). De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS) estima-se, para o ano de 2030, 27 milhões de incidência, 17 milhões de mortes por câncer (WHO, 2008).

Conceitualmente o câncer representa um grupo de doenças que tem por característica a perda do controle da divisão celular e a capacidade de invadir outros tecidos do organismo humano. Apesar de todas as pessoas estarem sujeitas ao desenvolvimento da doença, o fator envelhecimento é a principal associação para o aparecimento dos diversos tipos de câncer (BRASIL, 2014, 2016). Contudo, sabe-se que o processo de industrialização, urbanização e desenvolvimento tecnológico impetrado após a Segunda Guerra Mundial instaurou alterações significativas com repercussões nas condições de vida, trabalho e saúde da população; tais como: migração das áreas rurais para as urbanas, novas modalidades (formas) de consumo, além do já informado aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população, reduzindo os níveis de mortalidade e natalidade. Houve alterações no processo de saúde/doença associado a um fator denominado transição epidemiológica. Observou-se, desta forma, a redução das taxas de mortalidade por doenças infecciosas em simetria ao aumento de casos de doenças crônico degenerativas, principalmente doenças do aparelho circulatório e o câncer (SILVA, 2010; FIOCRUZ, 2011; IBGE, 2011/CENSO-2010; BRASIL, 2014, 2016)

De acordo com a Estimativa apresentada pelo INCA para os anos de 2016 e 2017 estimam-se, no Brasil, 596 mil casos novos de neoplasias malignas. Observa-se, entretanto, que tal fenômeno, apesar de ter por principal determinante o envelhecimento populacional, impacta em proporções diferenciadas os países capitalistas centrais e os de capitalismo periférico e, sobretudo, no interior desses. Onde se pode afirmar que as iniquidades em saúde tomam as piores formas nos países ditos “em desenvolvimento”, apresentando proporções e impactos de adoecimento e de atenção em saúde de modo desigual. Conforme apresentado nos documentos oficiais, são nesses países que se vislumbram a ocorrência de mais da metade de casos novos e a mortalidade crescente. (INCA, 2016).

Cabe destacar, que tomamos o exemplo do campo da oncologia, como parte de experiência de trabalho e pesquisados autores e, também, por compreender a complexidade do processo de adoecimento, diagnóstico e tratamento em saúde. No entanto, o que nos interessa é pensar criticamente, a partir desta particularidade, os determinantes sociais da saúde, que possa construir na perspectiva da totalidade uma direção efetiva para as necessidades sociais.

Nesse sentido, entende-se que a oncologia se inscreve no Sistema Único de Saúde (SUS) não como especialidade estritamente médica de alta complexidade, mas como patologia transversal a todos os níveis de atenção. Conforme referencia o documento “Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde”, torna-se imperativo focar os determinantes sociais no processo saúde/doença, sendo esses elementos necessários para pensar e realizar o trabalho do assistente social inserido na oncologia.

A relevância dos determinantes sociais no processo saúde-doença

Os apontamentos iniciais apresentados na introdução nos evidenciam a perversa correlação entre o binômio ‘adoecimento e determinantes sociais no processo saúde/doença’; na medida em que as condições de vida e trabalho da população afetam diretamente na produção de saúde, que somados ao processo de exploração e dependência econômica dos países capitalistas centrais, produz o desenvolvimento de patologias crônicas e nos requisita a pensar, imersos nesses ordenamentos, a inserção e garantia da proteção social prevista em Política Pública de Seguridade Social e as configurações e respostas dadas pelos assistentes sociais no cotidiano dos equipamentos de saúde.

No Brasil, a Seguridade Social representou o avanço e conquista da classe trabalhadora, sendo impressa na Constituição Federal de 1988 de maneira a garantir proteção social. Contudo, num processo concomitante e tardio, às alterações e ampliação do direito instituído foi solapado pelo projeto neoliberal, impondo as mais distintas formas de recrudescimento da ação do Estado no interesse dos trabalhadores (BEHRING e BOSCHETTI, 2007; MOTA, 2007).

O Estado se refuncionaliza com propostas de cunho neoliberal indo ao encontro dos anseios da burguesia, num movimento de contrarreforma (BEHRING, 2003) do Estado e destituição dos direitos dos trabalhadores. Ao longo da última década, sob gestão do governo do Partido dos Trabalhadores (2003 - atual), tais imperativos se evidenciam de forma mais intensa, cujas medidas restritivas se espraiam sobre os direitos sociais, particularmente trabalhistas e previdenciários. Nessa medida, o custeio na provisão das necessidades básicas

da classe trabalhadora passa a ser compartilhados com os próprios trabalhadores, com a família, com a sociedade e com o voluntariado. (MIOTO, 2009).

No cenário brasileiro, essa reflexão assume importância à medida que essas transformações societárias e experiências postas a partir da acumulação flexível, que a rigor não se apresentam como um novo fenômeno, tendo em vista o desenvolvimento do capitalismo nos países periféricos, intensificam o processo de desigualdade social, de refluxo do campo dos direitos do trabalho e das políticas sociais, como também provocam alterações significativas nas bases materiais e simbólicas da classe trabalhadora.

No que se refere à saúde pública universal, fruto da luta dos movimentos sociais, especialmente o Movimento de Reforma dos anos 1970, consolidou uma compreensão e conhecimento em saúde não circunscrita somente ao escopo biológico, trazendo à baila os determinantes sociais e econômicos no conceito ampliado de saúde. Assim, a saúde foi considerada como resultante das políticas sociais e econômicas.

Na construção do conceito de saúde como direito da população e dever do Estado, produziu-se novos pressupostos e elementos fincados na cidadania e na descentralização como traço da democratização e controle social. (BRAVO 1996; SARRETA e BERTANI, 2011). Nesse contexto, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) tornou-se um paradigma a proporção em que imprimiu na Carta Constitucional de 1988, período latente de redemocratização do país, um projeto societário, defendido pelos movimentos sociais (BRAVO, 1996) e *“decisivo para o processo de concretização de direito à saúde e de atribuições e responsabilidades entre os níveis de governo-federal, estadual e municipal”* (SARRETA e BERTANI, 2011, p. 36).

O Movimento da Reforma Sanitária indicou os principais itens reformadores da saúde brasileira. O Artigo. 196/CF88 infere que a garantia da saúde far-se-á através de políticas sociais e econômicas que *“visem à redução do risco à doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (BRASIL, 1988). A aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei 8.080/1990 Lei Orgânica da Saúde (LOS), sedimenta a luta política pela democratização da saúde, que alterou *“nas letras da lei”* a sua definição, prestação do serviço, indo ao encontro dos interesses da classe trabalhadora.

Todavia, nos anos 1990, conforme apontamentos anteriores, a saúde, elemento da Seguridade Social, passa a reordenar-se, influenciada por uma política de ajuste neoliberal (BRAVO, 2007). Conforme indica a autora, apesar da Constituição Federal de 1988

representar e conter avanços no campo jurídico passa a ser objeto também de ataque por parte do capital. Assim, inicialmente dois projetos passam a coexistir em campo permanente de tensão e disputas: o da Reforma Sanitária gravado na Constituição Federal de 1988 e; o Projeto Privatista, voltado para o mercado (BRAVO, 1996; 2007). Outrossim, Bravo e Menezes (2012), discutem a existência de um terceiro projeto em disputa na área da saúde conhecido como o “SUS possível”, que seria uma flexibilização do Projeto de Reforma Sanitária, diante dos ataques neoliberal ocorridos no campo da saúde impostos pela política econômica, ou seja, a efetivação do Sistema Único de Saúde estaria condicionada a atual conjuntura econômica. Configurando assim uma reatualização do movimento sanitário, em que os princípios são baseados em propostas do Projeto de Reforma Sanitária de 1988 e do projeto privatista.

Notadamente, a atualidade revela o aprofundamento da política de ajuste sob ingerência do Partido dos Trabalhadores, em que a população esperava ser partidário dos anseios e direitos dos trabalhadores e, que, no entanto, a realidade se manifesta contrária.

O conceito ampliado de saúde defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária e impresso em legislações específicas está sob constante ameaça, alicerçados pelo Projeto Privatista, que limita a oferta de serviços, tentando, principalmente, formar um consenso de crise, reificando a impossibilidade do Estado em prover plenamente um serviço público de qualidade. Dessa forma, resta a sociedade o “SUS possível”.

Tais indicativos tornam-se relevantes e trazem à tona as contradições que adensam a atual política de saúde que, conforme Bravo e Menezes (2011) vão orientar produções científicas e o plano de saúde brasileiro, enfatizados no cotidiano, sem a perspectiva da emancipação humana e da totalidade social.

Desta forma, promoção da saúde, cuidado e autocuidado, humanização e estilo de vida estão engendrados para responsabilizar o “indivíduo pela saúde e as estratégias têm sido estimular os sujeitos a encontrarem alternativas fora do sistema de saúde, ou seja, fora do Estado através do fortalecimento da sociedade civil” (BRAVO e MENEZES, 2011, p.22). Pelo contexto apresentado, torna-se relevante adensar a discussão acerca dos determinantes sociais da saúde e da doença, um dos pilares do projeto de reforma sanitária, pois os mesmos estão sendo reduzidos a fatores sociais: que promovem a saúde ou causam adoecimento (BRAVO e MENEZES, 2011).

Os determinantes sociais da saúde (DSS) revelam as formas concretas sob as quais uma população é organizada na estrutura socioeconômica de determinada sociedade,

materializada em suas condições de vida e trabalho. A evidência deste fenômeno, DSS, fundida na estrutura social reconhece que o processo de saúde-doença é pré-determinado socialmente, contendo dispositivos de ordem objetiva “vinculada às condições materiais necessárias à vida e uma dimensão subjetiva referida a interpretação e a forma como as pessoas vivem e significam esses processos” (LOPES et al Apud NOGUEIRA, 2008, p.55); abrangendo a dimensão de causalidade sem se limitar a ela (CEBES, 2009).

Por esses motivos às expressões da questão social direcionaram o reposicionamento da Organização Mundial da Saúde (OMS) no papel estratégico como fomentadora no direcionamento de ações em saúde, em substituição ao Banco Mundial, entidade até então protagonista desde a década de 1990 (CEBES, 2009; NOGUEIRA, 2011). Como resultado dessa reorganização, no ano de 2005, foi instituída a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS)³, que no Brasil é representada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Nessa direção, é imperativo tornar inteligível a saúde e a representação epidemiológica. Indica-se aqui um esforço para superação da compreensão dos DSS dentro da lógica da epidemiologia tradicional cunhada no processo de morbidade e mortalidades; pois,

Os determinantes sociais da saúde ao serem convertidos em fatores, perdem sua dimensão de processos sociohistoricos, expressão de formas específicas de relações entre as pessoas e destas com a natureza, e facilita sua simplificação ao serem entendidos e expressos como fatores de risco, escolhas inadequadas de estilos de vida etc. (OLIVA, ESCUDERO e MORENO, 2008 Apud CEBES, 2009, p. 2).

Na medida em que se reconhece o Estado como afiançador na formulação e execução de políticas sociais e econômicas nas práticas em saúde (Art.196/CF) direciona-se ações concretas que possam ir ao encontro das necessidades em saúde da população usuária, assentado num “movimento contrário a correnteza’ no que diz respeito ao tratamento dos fatores de risco individuais quanto a padrões de modelos sociais que moldam as chances das pessoas serem saudáveis”. (CEBES, 2005, p.5)

Todavia, os estudos sobre os determinantes sociais cunhado no Brasil nas proposições doutrinárias do Movimento de Reforma Sanitária ainda suscita o fomento de pesquisas e ações políticas voltadas às parcelas sociais as quais estes indivíduos pertencem, pois, ainda imperam desigualdades nas condições de vida, trabalho e saúde da população, bem como na agenda de atenção à saúde no Brasil.

Notadamente, prevalece a ótica positivista na atenção em saúde e nas produções teóricas e, “*para expor o óbvio, como por exemplo, que os pobres têm pior saúde que os*

ricos. Não se encontra aí qualquer teoria da sociedade de caráter crítico ou, pelo menos, explicativo” (CEBES, 2009, p.3).

É notório que o advento do SUS ressignificou a intervenção profissional dos assistentes sociais na área da saúde, bem como ampliou em larga escala a sua inserção em distintos municípios, tendo em vista a atender as inovações constitucionais na direção do paradigma da atenção sanitária. Cabe aqui destacar a análise de Nogueira (2012), sobre a mudança da funcionalidade da atuação dos assistentes sociais, tendo em vista que até a década de 1970, esses exerceram atividades coadjuvantes, na medida em que a doença, objeto de intervenção, circunscrevia-se ao desempenho médico curativo.

(...) foi necessário revisar o conteúdo e intencionalidade das competências do assistente social neste campo. Tal ocorreu não só porque o assistente social passa a integrar legalmente o quadro de profissionais de saúde, mas principalmente para incorporar, em seu fazer cotidiano, os valores e princípios adotados na Constituição brasileira, coincidentes com os princípios do Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. (NOGUEIRA, 2012, p.482).

Em uma conjuntura de ataques aos direitos sociais e às políticas sociais estatais, especialmente aqui tratado o campo da saúde, como dar-se-á a incorporação e análise dos determinantes sociais no processo saúde/doença a partir do trabalho dos assistentes sociais na oncologia?

A incorporação dos determinantes sociais no ensino em Serviço Social são de fundamental relevância para o exímio desenvolvimento do trabalho na saúde, na organização de suas ações e na construção de projetos e programas de atendimento aos usuários, sobrepondo ações imediatas com vistas a garantia e ampliação dos direitos sociais.

Os dados informados sobre a incidência de câncer no Brasil, que ocupa o segundo lugar em mortalidade no país, sobretudo se relacionarmos estes adoecimentos aos determinantes sociais, requisita aos assistentes sociais a qualificação permanente, a capacitação teórica e competência técnicas e políticas, para a condução de uma intervenção articulada nas políticas sociais e, na produção de conhecimentos sobre a referida temática.

Perseguir um papel protagonista, com sólida formação teórica, num processo contemporâneo de forças políticas contrárias em matéria de direito e financiamento em saúde, fornece não apenas legitimidade ao Serviço Social neste campo, mas possibilita a construção de uma proteção visível em direção única à justiça social, na defesa e ampliação dos direitos sociais. Nesse raciocínio, se torna imperativo a articulação do Serviço Social com as demais categorias profissionais e com os movimentos sociais, sindicais e setores progressistas na perspectiva de sedimentar um caminho concreto em torno da defesa do projeto basilar do Movimento da Reforma Sanitária, que garanta uma política de saúde pública universal, igualitária, de qualidade e, sobretudo, que conduzam o planejamento em saúde de acordo com as necessidades da população usuária.

Conforme referencia os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010) é emergente a reafirmação do Projeto de Reforma Sanitária e do Projeto Ético-Político Crítico do Serviço Social como prismas norteadores que imprimam melhoria do serviço prestado, fortalecendo o trabalho dos assistentes sociais: considerando a concepção ampliada de saúde - os determinantes sociais no processo saúde/doença; as condições de trabalho subjacentes aos profissionais e os modelos assistenciais e de gestão.

Questão social e o atual projeto ético-político do serviço social brasileiro⁴

As expressões da questão social são tema permanente na sociedade brasileira na cena contemporânea. Seja pelos seus efeitos nefastos aos trabalhadores, por conformarem formas de resistência pela classe trabalhadora ou mesmo pelas propostas governamentais ao seu enfrentamento, que, via de regra, tem privilegiado o ajuste fiscal em detrimento das políticas de proteção social.

Nessa direção, tecnocratas das mais variadas áreas são convocados a versar sobre a temática, suscitando fórmulas para o seu enfrentamento. Contudo, ao analisar os por menores, identifica-se que o foco da discussão é superficial, com interpretações díspares, maquiando as contradições reais e inerentes a sociedade capitalista: desigual, dependente e concentradora de riquezas. Segundo Iamamoto (2005), a questão social pode ser compreendida como expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que em seu cerne inscreve: “*a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade*” (IAMAMOTO, 200,p.27). Desta forma, a questão social expressa disparidades econômicas, políticas e culturais no modo de produção capitalista.

Para Iamamoto (2012) a questão social na cena atual não representa apenas a pobreza e desigualdade, ela é a banalização do humano diante à naturalização das injustiças sociais em detrimento à possibilidade de efetiva socialização das riquezas produzidas e aos direitos a ela atinentes. Diante ao quadro instaurado de banalização do humano, a questão social se acirra ao mesmo tempo em que o Estado se revela desfavorável às demandas legítimas da classe trabalhadora, num processo somatório de afiançar a crescente pauperização dos trabalhadores e ao não garantir proteção social por meio de políticas sociais que somadas permitam sua emancipação.

Nesse sentido, a saúde pública, enquanto política social e mediadora do trabalho dos assistentes sociais encontra-se no bojo de um terreno conflituoso de disputas políticas e

ideológicas, em que o “antídoto” ao modelo privado é a permanente defesa da saúde pública enquanto direito inalienável aos cidadãos, inscrito constitucionalmente, bem como a sua natureza pública.

O trabalho do Serviço Social expressa uma ação socioassistencial e educativa e, ao mesmo tempo, política. São ações que se entrecruzam tendo por base o conhecimento sobre a realidade de vida dos sujeitos; as condições de adoecimento; suas necessidades e demandas; seus direitos e as formas de acessá-los; bem como os recursos a serem acionados. Se os instrumentos são tradicionais, o conteúdo a ser socializado é que aponta a direção social dada à ação, alicerçada no Projeto Ético Político Crítico. As solicitações com as quais trabalhamos são totalidades saturadas de determinações sociais (econômicas, políticas, culturais e ideológicas), que exigem mais do que ações imediatas, instrumentais e de cunho psicossocial.

Essas ações implicam em intervenções que emanem de escolhas, que passem pelos condutos de uma inserção baseada na razão crítica – ações que estejam conectadas a projetos profissionais aos quais subjazem referenciais teóricos e princípios ético-políticos comprometidos com a classe trabalhadora.

Portanto, é por tais razões que se torna um imperativo apontarmos a necessidade de reafirmação dos elementos norteadores do Projeto Ético-Político Crítico do Serviço Social brasileiro, pois estes contêm em si os fundamentos de ordem teórica, ética e política, essenciais à viabilização de uma compreensão e enfrentamentos acerca das desigualdades, a emergência da questão social e um dos seus frutos que é a pobreza.

Considerações finais

Diante do exposto, podemos afirmar a saúde enquanto um processo social - enquanto parte da relação do homem com a natureza (meio ambiente, espaço onde vive e território), e, ainda, das relações com outros homens (através do trabalho, das relações sociais, culturais e políticas). Dito de outra forma, a saúde é parte do estilo de vida e das condições de existência e por isso entendemos que deva ser universal e dever do Estado.

Nesse contexto, compreendemos o câncer como expressão das determinações estruturais da realidade brasileira, sob as quais se condicionam as desigualdades sociais, a institucionalização das políticas sociais e das políticas de saúde.

Na área da oncologia muitas são as demandas que emergem do contexto dos usuários em tratamento, determinadas por sua inserção social e econômica. Essas desigualdades sociais em saúde vão ser identificadas tais como: riqueza, educação, ocupação, raça e etnia,

condições do local de moradia e trabalho, que vão influenciar no processo de diagnóstico e tratamento da doença.

O próprio adoecimento, além das características biológica da doença, é a manifestação direta da espoliação das condições de vida e trabalho; das dificuldades e não inserção às ações de prevenção primária e secundária, da desarticulação entre os níveis de atenção em saúde e da fragilidade (fragmentação e focalização) das políticas de proteção social no país.

Torna-se evidente que o Estado continua na direção das propostas privatistas, que é reconhecida por suas políticas de ajuste, garantindo apenas o mínimo, ou seja, o pacote básico para a parcela da população que não possui condições de pagar pelos serviços. Dessa maneira, o Estado não garante a universalidade, mas estimula assim, a ampliação da privatização repassando a responsabilidade de atender as demandas postas por uma parte da sociedade que possuem condições de arcar com os custos dos serviços, ou seja, aqueles que têm acesso ao mercado.

Posto isto, evidencia-se a relevância de se aprofundar a compreensão sobre os determinantes sociais do processo saúde/doença, pois o melhor entendimento entre esses fatores na cadeia de cuidados assume peso crucial à qualificação da assistência.

Cabe salientar, a importância de se discutir os determinantes sociais a partir da perspectiva do Serviço Social, pois este profissional tem como objeto de trabalho a “questão social” e suas múltiplas dimensões. Além do que, o profissional comprometido com o Projeto Profissional Crítico busca na totalidade a identificação das determinações sociais, econômicas, culturais das desigualdades sociais.

Em consequência, o assistente social tem em seu trabalho uma articulação com as demais políticas sociais e setoriais tais como: assistência social, educação, habitação e previdência. Para tanto, os assistentes sociais comprometidos com os interesses da classe trabalhadora necessitam pautar seu trabalho na direção de seus princípios profissionais, planejando, sistematizando e buscando o aprimoramento profissional, e, assim, realizar ações assistenciais, dentro dos limites dessa categoria, que promovam ou contribuam para a promoção e prevenção de doenças, danos, agravos e riscos, buscando o fortalecimento da consciência sanitária.

Neste aspecto, há que se ressaltar que o entendimento ampliado do processo de saúde/doença é fundamental na formação não só dos assistentes sociais, mas nas de todos os profissionais que compõem as equipes de saúde, bem como o caráter necessariamente

coletivo do enfrentamento das expressões da questão social na particularidade brasileira no campo da saúde.

Referências bibliográficas

AROUCA, A.S.; Democracia é Saúde. In: *VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília:1986. Anais: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0219VIIIcns.pdf>. Acesso em 13/09/2015.

BEHRING, E. R. *A Contrarreforma do Estado no Brasil*. São Paulo. Ed. Cortez, 2003.
_____; BOSCHETTI, I. *Política Social: fundamentos e história*. Biblioteca básica do Serviço Social. 2ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BOSCHETTI, I. A Seguridade Social na América Latina. In: Boschetti, I. *et al.* (org.). *Política Social no Capitalismo. Tendências Contemporâneas*. São Paulo: Cortez, 2009, pp.174 –195.

BRASIL. Ministério do desenvolvimento Social e Combate à Fome. *O perfil da extrema pobreza no Brasil com base nos dados preliminares do Censo 2010*. Disponível em: <http://www.brasilsemisericia.gov.br/wp.cont>. Acessado em: 19/09/2012.

BRASIL. Lei n.8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde.

_____. Lei n. 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da Comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 05 de outubro de 1988. 21ª ed. São Paulo: Saraiva 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2439 de 8 de dezembro de 2005. institui a Política Nacional de Atenção Oncológica.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativas de Incidência de câncer no Brasil. Estimativas 2014*. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014>.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativas da Incidência de Câncer no Brasil. Estimativas 2016*. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016>.

BRAVO, M.I.S.; MENEZES, J.B. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas Reflexões. In: BRAVO, M.I.S.; MENEZES, J. B (Orgs). *Cadernos de Saúde. Saúde na Atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Ad. UFRJ. Setembro de 2011.

BRAVO, M.I.S. *Serviço Social e Reforma Sanitária*. Lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida (Orgs). *Política social e democracia*. São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: UERJ, 2001 p. 197- 216.

_____. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A.E. *et al.* (org.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2007, pp.191-217.

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Simpósio Políticas e Saúde. *Proposição para o debate. Determinação Social da Saúde*. Rio de Janeiro, agosto de 2009, p2-4. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/Blog/DETERMINANTES%20SOCIAIS>.

Conselho Federal de Serviço Social. *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde*. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros> para a atuação de assistentes sociais na saúde.pdf.

Fundação Oswaldo Cruz. ENSP.Revista Radis. Comunicação em Saúde. *Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde*. Rio de Janeiro, n.110. Outubro, 2011.

_____. Comissão de Determinantes Sociais da Saúde. *Rumo a um modelo conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde*. Disponível em: http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T42_CSDH_Conceptual%20Framework%20-%20tradu%C3%A7%C3%A3o%20APF.pdf.

IANNI, O. *Questão Social*.São Paulo em Perspectiva, 1991. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v05n01/v05n01_01.pdf

IAMAMOTO, Marilda Vilela.Projeto Profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: *Atribuições Privativas do Assistente Social em questão*. CFESS,2012, pp,33-74.

_____. O Serviço Social na cena contemporânea. In: *Direitos Sociais e Competências Profissionais*.CFESS,2009.

_____. *Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche – capital financeiro, trabalho e questão social*. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. *Serviço Social na Contemporaneidade*. Trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2005.

NOGUEIRA, V.M.R. A descentralização da saúde, atenção oncológica e estratégias de inclusão. *Katalyses*.V.6.n.1.jan/jun., Florianópolis, 2003, pp.104-112.

_____. *Determinantes Sociais de Saúde e a ação dos Assistentes Sociais um debate necessário*. Revista Serviço Social e Saúde. UNICAMP, São Paulo, 2011, pp.45-71.

SARRETA, F.O.; BERTANI, I.F. *A construção do SUS e a participação do assistente social*. Revista Serviço Social e Saúde. UNICAMP, v. x, jul.2011, pp,31-57.

SILVA, L.B. *Condições de vida e adoecimento por câncer. Libertas*, Juiz de Fora, v.10, n. 2, pp. 172-187, jul-dez. 2010.

WHO. World Health Organization. *World Cancer Report 2008*. Lyon: WHO, 2008. Disponível em: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr>.

NOTAS

¹ Não obstante a polêmicas no meio acadêmico em relação ao entendimento de determinantes sociais e determinações sociais do processo saúde/doença, tendo em vista carência de aprofundamento no debate, utilizaremos neste artigo a categoria determinantes sociais numa perspectiva de totalidade compreendendo a relação de fatores sociais, econômico, políticos e culturais que colocam a população em condições de pauperização socioeconômica e exclusão a bens e serviços que satisfaçam suas necessidades básicas.

² É importante registrar que, dentre outras, há polêmicas no meio acadêmico em torno da relação trabalho, processo de trabalho do assistente social e prática profissional do Serviço Social, mas consideramos a prática do assistente social como trabalho e de seu profissional como trabalhador assalariado, especializado, sendo sua matéria-prima “as múltiplas manifestações da questão social na vida cotidiana”. Assim, ao assumir o Serviço Social como trabalho implica reconhecer que as alterações na esfera da produção e reprodução social afetam este campo disciplinar através das novas configurações da questão social, como também através de mudanças nas condições objetivas de seu trabalho.

³ Partilhamos da compreensão de Nogueira (2012) que a implantação de uma Comissão nomeada pela OMS, contribui para a ampliação e aprofundamento do debate, sobretudo, no processo atual do desenvolvimento capitalista em que se torna tendência mundial a mercantilização da vida, alocando saúde também como questão de mercado. Assim, “em que pesem as críticas acerca das debilidades teóricas e políticas do relatório da CDSS, sua contribuição estratégica pode e deve ser explorada pelos assistentes sociais como uma ferramenta útil para dar visibilidade aos aspectos estruturais relativos as condições sanitárias, além de viabilizar o trânsito para aspectos particulares e peculiares incidentes sobre as condições de vida e saúde da população”. (NOGUEIRA, 2012: 489)

⁴ Nos referimos ao Projeto cujas características críticas à ordem social vigente o constituem e foi denominado (no meio profissional do Serviço Social brasileiro) Projeto Ético-Político do Serviço Social, a partir de 1998.

